

診療予約申込書

名称	
住所	
電話	
FAX	
診療科	
医師名	

フリガナ						性別						生年月日																			
患者氏名												☐	☐	☐	☐	☐	年 月 日														
												男	女	明	大	昭								平	令						
住所												電話番号																			
診療科 ※精神科は予約を お取りしていません。						☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		
						耳鼻咽喉科	小児科	整形外科	外科	脳神経外科	脳神経（しびれ）	脳神経内科	心臓血管外科	泌尿器科	婦人科	糖尿病内科	腎臓内科	リウマチ科	血液内科	内分泌内科	消化器内科	腫瘍内科	呼吸器内科	循環器内科	形成外科	皮膚科	眼科	麻酔科（ペイン）	放射線治療科	遺伝相談外来※	
希望日						☐ 第1希望日 令和 年 月 日 曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ 第2希望日 令和 年 月 日 曜日 ☐ 午前 ☐ 午後 ☐ いつでも良い ☒ その他																									
						希望医師名						☐ 特になし																			
						患者の状況						☐ 外来でお待ちです ☐ 帰宅済み ☐ 入院中 ☐ 歩行可 ☐ 車椅子 ☐ ストレッチャー 感染症 ☐ 無 ☐ 有 / ☐ HBS抗原 ☐ HCV ☐ ワ氏 ☐ MRSA ☐ 結核																			
1.紹介目的						☐ 検査・診断 ☐ 治療 ☐ その他																									
2.主訴・傷病名																															
3.既往歴																															
4.症状経過・治療経過・現在の処方等						☐ 別紙参照																									

被保険者	保険者番号		☐ 1.本人 ☐ 2.家族
	記号・番号		
公費負担	負担者番号		☐ 特疾 ☐ 生保 ☐ 乳幼児
	受給者番号		

※遺伝相談外来は第2月曜日と第4水曜日となります。